

lo sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ e.mail \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

CHIEDO

il rimborso della spesa di \_\_\_\_\_ (1) da me sostenuta per prestazioni sanitarie cui ho dovuto fare ricorso dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ per me/per il familiare

\_\_\_\_\_ cognome, nome, relazione parentela

durante un temporaneo soggiorno in \_\_\_\_\_

Documenti allegati in originale:	(2)	(3)
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
TOTALE	_____	_____

Dichiaro di aver usufruito dell'assistenza sanitaria all'estero per i seguenti motivi: **(4)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DICHIARO inoltre di non essermi recat \_\_\_ all'estero al solo fine di ricevere cure.

CHIEDO che il rimborso venga effettuato con la seguente modalità:

Mediante Bonifico Bancario sulla Banca \_\_\_\_\_

Codice IBAN:

\_\_\_\_\_

Data (5) \_\_\_\_\_ l'assistito \_\_\_\_\_

Le informazioni sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del regolamento Ue 2016/679 sono disponibili all'indirizzo:  
<https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/privacy/privacy-in-azienda>  
o scansionando il QR code a margine.



data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

## DOMANDA DI RIMBORSO SPESE PER PRESTAZIONI SANITARIE ALL'ESTERO

(ex art. 34 del  
Regolamento  
C.E.E. 574/72)



Dipartimento del  
Decentramento  
SOC SERVIZI AI CITTADINI  
UFFICIO ESTERO

E.mail ufficiostranieri.firenze  
@uslcentro.toscana.it  
Tel. 055 6930501-280-334

E.mail assistenzaestero.empoli  
@uslcentro.toscana.it  
Tel. 0571 702041-42

E.mail assistenzaestero.prato  
@uslcentro.toscana.it  
Tel. 0574 807121-22  
Fax 0574 804814

E.mail assistenzaestero.pistoia  
@uslcentro.toscana.it

## AVVERTENZE PER L'ASSISTITO

Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_

L'eventuale rimborso potrà aver luogo sulla base della tariffazione delle spese sostenute effettuate dall'Istituzione estera di temporanea dimora e comunque non potrà eccedere le spese sostenute dall'assistito.

### NOTE

1. l'importo della spesa deve essere indicato nella valuta dello Stato estero;
2. sigla della valuta dello Stato estero;
3. importo riferito al singolo documento prodotto;
4. deve essere specificato dall'assistito il motivo per il quale ha fatto ricorso alla prestazioni sanitarie ed il tipo di cure cui è stato sottoposto;
5. ove la data della domanda fosse posteriore di oltre tre mesi alla data di effettuazione della relativa spesa, dovrà essere motivato il ritardo nella presentazione della richiesta rimborso.

---

### COMPILAZIONE A CURA DELLA STRUTTURA RICEVENTE LA PRESENTE RICHIESTA

#### PARERE SANITARIO

Tenuto conto di quanto dichiarato dall'assistito nella domanda di rimborso spese per prestazioni sanitarie usufruite in uno degli Stati membri della C.E.E.;

accertato che l'assistito non si è recato all'estero con lo scopo specifico di ricevere cure;

esaminata la documentazione allegata si esprime parere \_\_\_\_\_ sulla necessità ed indifferibilità delle sotto elencate prestazioni:

- prestazioni ospedaliere
- prestazioni medico-generiche
- prestazioni specialistiche
- \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

il medico responsabile \_\_\_\_\_